



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

ANA GABRIELA MASCARENHAS DA SILVA TEIXEIRA

**CÂNCER DE MAMA E ALIMENTAÇÃO: PERCEPÇÕES DE
MULHERES COM HISTÓRICO DE CÂNCER DE MAMA SOBRE O PAPEL
DA ALIMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO**

JOÃO PESSOA, PB

2014

ANA GABRIELA MASCARENHAS DA SILVA TEIXEIRA

**CÂNCER DE MAMA E ALIMENTAÇÃO: PERCEPÇÕES DE
MULHERES COM HISTÓRICO DE CÂNCER DE MAMA SOBRE O PAPEL
DA ALIMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz de Pragana Dantas

JOÃO PESSOA, PB

2014

ANA GABRIELA MASCARENHAS DA SILVA TEIXEIRA

**CÂNCER DE MAMA E ALIMENTAÇÃO: PERCEPÇÕES DE
MULHERES COM HISTÓRICO DE CÂNCER DE MAMA SOBRE O PAPEL
DA ALIMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição em Saúde Pública e Clínica.

Aprovado em ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz Pragana Dantas
Departamento de Nutrição/UFPB
Orientadora

Prof^a. Ms Pamela Rodrigues Martins Lins
Departamento de Nutrição/UFPB
Examinadora

Prof^a. Ms. Sônia Cristina Pereira de Oliveira
Departamento de Nutrição/UFPB
Examinadora

**Dedico este trabalho, bem
como todas as minhas demais
conquistas, ao meu amado filho
Eduardo Mascarenhas Q. Teixeira
que é a fonte de toda a minha força.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, que me iluminou nesta caminhada, ajudando a vencer os obstáculos e acima de tudo em me proporcionar o dom da Vida.

À minha família: minha mãe **Maria do Socorro Mascarenhas** por exercer esse papel de maneira sublime, competente e admirável, ao meu pai, **Gracino Antônio** que apesar de não estar presente fisicamente, sei que me guarda onde quer que esteja. Agradeço ao meu filho, **Eduardo Mascarenhas** que mesmo muito pequeno é a minha fortaleza e a razão da minha luta diária, dedico a ele todas as minhas conquistas e vitórias.

À minha orientadora **Maria Beatriz Pragana Dantas**, que além de ser uma profissional maravilhosa, teve muita paciência e foi vital no desenvolvimento deste trabalho com a transmissão de conhecimentos e todas as suas colocações sempre pertinentes.

Às mulheres, motivo do estudo, que mesmo com uma doença grave demonstraram coragem e disposição para enfrentar o tratamento e exerceram um papel fundamental na realização desse trabalho.

Aos professores da graduação do curso de Nutrição, em especial a **Sônia Cristina** e **Pamela Martins** que fazem parte da banca examinadora e além de professoras ocuparam papéis de amigas, sempre aconselhando para o melhor, que acreditaram e estavam presentes na construção da profissional que me tornei. E tornou o caminho mais fácil a ser percorrido. À **Márcia Gabriela**, minha eterna preceptora que se despontou como um exemplo de profissional, além de amiga. E ao Grupo Pet Saúde Eixo Câncer de Colo de Útero e Mama em Mulheres, na qual fui bolsista durante um ano e levo amigos e muito conhecimento.

Às nutricionistas que conheci durante os estágios e que me mostraram a importância da Nutrição, contribuindo para o meu crescimento não apenas como profissional, mas também como pessoa. Além de serem responsável

pelo aumento da minha admiração para com o curso, deixando-me mais apaixonada e encantada pela nutrição: **Valdira Florêncio, Simone Rosele, Adriana Carvalho, Denise Oliveira, Júlia Santos**

Aos meus amigos, **Flávia Nunes, Nathália Livia, Reidene Simplicio e Pamela Alexandria**, deixo meu muito obrigado por todas as alegrias e angústias compartilhadas durante a graduação. Além das pessoas maravilhosas que se destacaram nesses últimos momentos e que se tornaram de grande importância, **Mirela Ribeiro, Talita Rabelo e Vanessa Galvão. Elvis Vilela** que apesar de distante posso contar com todo seu apoio. E por último, mas não menos importante, minha parceira/ irmã **Thayara Pinheiro** que está sempre ao meu lado, compartilhando os melhores e piores momentos da minha vida. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

Ao meu namorado, **Thiago Carvalho** que de forma especial vem se mostrando um companheiro dando-me apoio em todos os momentos, com muito respeito, cumplicidade e parceria. Obrigado pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz.

À todos os meus amigos que com gestos ou palavras me ajudaram de alguma forma na elaboração deste trabalho e/ou na minha vida acadêmica **Ana Karen Mascarenhas, Roberta Medeiros, Natália Brito Rosa** e em especial à **Eduardo Teixeira**, que de ex marido, se tornou um amigo admirável. Enfim, muito obrigada àqueles que mesmo não citados aqui, torceram por mim e estão presentes de alguma forma na minha vida.

RESUMO

O Câncer de Mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. A existência do câncer resulta em mudanças dietéticas, onde o acompanhamento nutricional pode modificar o processo carcinogênico, inclusive durante a prevenção e o tratamento. Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa, que visa conhecer as percepções das mulheres com Câncer de Mama que vivenciaram a experiência do tratamento da doença no que diz respeito à alimentação. Os dados foram coletados através de entrevistas seguidas por um roteiro pré estruturado com mulheres participantes da Organização Não Governamental Amigas do Peito na capital Paraibana. Os fatores dietéticos e nutricionais desempenham importante papel e podem influenciar a qualidade e a sobrevida após o diagnóstico do câncer. Pode-se constatar a inadequação prévia na alimentação das mulheres que foram diagnosticadas com neoplasia mamária e a alteração de hábitos alimentares depois da intervenção nutricional. Sendo assim, deve-se reforçar a importância da inclusão na abordagem das portadoras de câncer de mama – objeto deste trabalho – do componente da nutrição, tendo em vista o seu impacto na qualidade de vida durante todo o processo de adoecimento, além de proporcionar o acesso a conhecimentos passíveis de serem colocados em prática no decorrer da vida das pacientes.

Palavras chaves: Neoplasia mamária. Intervenção Nutricional. Hábitos dietéticos.

ABSTRACT

The Breast Cancer is the most type of cancer that affects women worldwide. The existence of cancer results in dietary changes, which can modify the nutrition carcinogenic process at any stage, even is of great importance for the prevention and treatment. This is a descriptive case study with a qualitative approach, which aims to understand the perceptions of women with breast cancer who experienced disease treatment with regard to food. Data were collected through interviews followed by a pre-structured with women participants of the NGO Friends of the Chest Paraibana capital script. Dietary and nutritional factors play an important role and influence the quality and quantity of life after cancer diagnosis. It can be verified prior inadequacy in supply of women who were diagnosed with breast cancer and the change in eating habits after the nutritional intervention. Therefore, one should reinforce the importance of inclusion in the approach of people with breast cancer - the object of this work - the nutrition component, considering its impact on quality of life throughout the disease process, and provide the access to equipment that could be put in place during the life of the patients knowledge.

Key words: breast neoplasm. Nutritional Intervention. dietary habits.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 CÂNCER	12
2.2 CÂNCER DE MAMA.....	14
2.2.1 Fatores de Risco para o Câncer de Mama.....	15
2.3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.....	16
2.4.1 Prevenção Primária.....	17
2.4.2 Prevenção Secundária.....	18
2.4 DIAGNÓSTICO.....	19
2.5 TRATAMENTO.....	20
2.6 TIPOS DE TRATAMENTO.....	21
2.6.1 Quimioterapia.....	21
2.6.2 Radioterapia.....	22
2.6.3 Imunoterapia.....	22
2.6.4 Cirurgia.....	22
2.6.5 Outros tipos.....	23
2.7 TERAPIA NUTRICIONAL NO TRATAMENTO.....	23
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	30
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	31
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXO 1.....	41
ANEXO 2.....	42

1 INTRODUÇÃO

O câncer pode ser definido como uma enfermidade multicausal crônica, caracterizada pelo crescimento descontrolado de células. Seu desenvolvimento envolve alterações do DNA celular, que se acumulam com o tempo. Quando essas células lesadas escapam dos mecanismos envolvidos na proteção do organismo contra o crescimento e a disseminação de tais células, é estabelecida uma neoplasia (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Segundo Cunha (2013), o câncer de mama está entre as neoplasias com maior ocorrência no mundo e é uma doença caracterizada por um crescimento de células mamárias de maneira desenfreada e desorganizada que se tornam anormais e podem invadir tecidos e órgãos circunvizinhos ou espalhar-se para regiões mais distantes.

Atualmente, o câncer de mama é o tipo de câncer que mais agride as mulheres em todo o mundo. Em 2014, o risco estimado é de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres, no Brasil. E o que contribui para esse número é a exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama (CUNHA, 2013).

A amamentação, os hábitos saudáveis, como alimentação adequada e balanceada com a prática de atividade física e manutenção do peso corporal ideal, está associada a um menor risco de desenvolver câncer de mama (INCA, 2014).

A prevenção do câncer de mama é dividida em primária e secundária. A prevenção primária busca eliminar ou modificar os fatores de risco para a neoplasia, enquanto a secundária tem como objetivo identificar e tratar os cânceres iniciais. Atualmente, a mamografia é considerada a técnica mais confiável para a detecção do Câncer de Mama, constituindo-se no método ideal para a identificação de lesões subclínicas (GOLDINHO, KOCH, 2004).

Segundo o INCA (2014), a detecção precoce e o diagnóstico eficaz do Câncer de Mama em mulheres é a estratégia recomendada para uma melhor sobrevida. O INCA e o Ministério da Saúde ampliaram uma estratégia de alerta à população feminina e aos profissionais de saúde.

O diagnóstico de câncer de mama altera a vida da mulher de maneira permanente, o que deve ser considerado no planejamento das intervenções

dos profissionais de saúde, além do estágio da doença (SILVA; SANTOS, 2008).

A existência do câncer de mama resulta em mudanças dietéticas. Segundo Ambrosi (2011), as sobreviventes do câncer de mama aumentaram voluntariamente o consumo de frutas e legumes e diminuíram a ingestão de gordura, mostrando que as mesmas são motivadas às alterações no seu estilo de vida. Isto melhora o prognóstico de câncer de mama e diminui a reincidência, o que mostra que a alimentação é componente fundamental do tratamento.

A nutrição pode modificar o processo carcinogênico em qualquer estágio, inclusive o metabolismo carcinogênico, defesa celular e do hospedeiro, diferenciação celular e crescimento do tumor. A nutrição propriamente dita também é afetada tanto pelo câncer como pela modalidade de tratamento prescrito (ELDRIDGE, 2005).

As modalidades de tratamento existentes podem resultar em efeitos colaterais que afetam o estado nutricional do paciente. Cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou a combinação dos mesmos podem causar dor, constipação, náuseas, vômitos, mucosites e falta de apetite, contribuindo para a redução da ingestão alimentar e conseqüentemente desnutrição. Ademais, quanto mais agressivo o tratamento, mais progressiva é a desnutrição, resultando em diminuição da qualidade de vida e piora do estado geral. Assim, os objetivos da Terapia Nutricional (TN) são: prevenir e tratar a caquexia garantindo a oferta adequada de nutrientes para minimizar o catabolismo proteico e a perda nitrogenada; manter a atividade do sistema imune; melhorar a qualidade de vida; reduzir o número de complicações provenientes dos tratamentos e prevenir a interrupção dos mesmos (PALMIERI *et al.*, 2013).

Tendo em vista o exposto, o presente trabalho traz as percepções das mulheres com histórico de câncer de mama como ponto de estudo, onde as mesmas relataram experiências e vivências tanto positivas quanto negativas simbolizando o grau de conhecimento e principalmente, trazendo à tona as influências desde o início com o diagnóstico até o pós tratamento. O trabalho tem como objetivo conhecer essas percepções de mulheres com histórico de câncer de mama, a respeito do papel da alimentação na prevenção e no tratamento da enfermidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER

O câncer pode ser considerado como uma doença das células corporais. O seu desenvolvimento envolve o dano no DNA das células; este dano se acumula com o decorrer do tempo. Quando estas células danificadas escapam dos mecanismos apropriados para proteger o organismo do crescimento e disseminação de tais células, a neoplasia se estabelece. A classificação dos tumores é baseada no seu tecido de origem, nas suas propriedades de crescimento e na sua invasão dos tecidos (ELDRIDGE, 2005).

O estudo das neoplasias e a sua definição se baseia na morfologia e na biologia do processo tumoral. A definição mais aceita atualmente é: *“Neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro”* (TAMAYO, 1987; ROBBINS, 1984).

As várias classificações foram propostas para as neoplasias. A mais utilizada leva em consideração dois aspectos básicos: o **comportamento biológico** e a **histogênese**.

Os tumores malignos apresentam o crescimento rápido, desordenado, infiltrativo e destrutivo, não permite a formação de uma pseudocápsula, diferente dos benignos que tendem a apresentar crescimento lento e expansivo determinando a compressão dos tecidos vizinhos, o que leva a formação de uma pseudocápsula fibrosa. Nos tumores malignos nota-se uma rapidez e desorganização do crescimento. Pela capacidade infiltrativa e pelo alto índice de duplicação celular, os mesmos apresentam uma desproporção entre o parênquima tumoral e o estroma vascularizado. Isto acarreta o desenvolvimento de áreas de necrose ou hemorragia, de grau variável com a velocidade do crescimento e a “idade” dos tumores (BRASIL, 2014).

As células dos tumores malignos têm graus variados de diferenciação logo, guardam pouca semelhança com as células que as originaram e são denominadas pouco diferenciadas. Quando se estudam suas características microscópicas, observa-se células com modificações de membrana, citoplasma irregular e núcleos com variações da forma, tamanho e cromatismo, o que

mostra a morfologia também diferenciada. Outra propriedade importante nas neoplasias malignas é a capacidade invasivo-destrutiva local e a produção de metástases. A metástase constitui o crescimento neoplásico à distância, sem continuidade e sem dependência do foco primário (BRASIL, 2014).

Quando se trata da graduação histológica, os tumores baseiam-se na diferenciação citológica das células tumorais e no número de mitoses. A diferenciação se deduz da maior ou menor semelhança das células neoplásicas com as do tecido normal, presume-se que tenha dado origem ao tumor. O número de mitoses se exprime pelo número encontrado em, pelo menos, dez campos microscópicos de grande aumento. Como o grau de diferenciação pode variar de uma área para outra, há a possibilidade de que o grau seja diferente de uma amostra para outra de um mesmo tumor. Além disso, alguns tumores podem modificar este grau, à medida que evoluem, geralmente tornando-se menos diferenciados com o passar do tempo. Utilizam-se três graus descritivos de diferenciação: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado. As implicações clínicas dos graus de diferenciação se traduzem na maior rapidez de crescimento dos tumores menos diferenciados em relação aos mais diferenciados de mesmas histogênese e localização (BRASIL, 2014).

Já no estadiamento, verifica-se que, apesar da sua variedade, os tumores malignos seguem um curso biológico mais ou menos comum a todos eles, que se inicia pelo crescimento e invasão local, segue pela invasão dos órgãos vizinhos e termina com a disseminação regional e sistêmica. Há um sistema de estadiamento dos tumores que tem como base a avaliação da dimensão do tumor primário (T), a extensão da disseminação em linfonodos regionais (N) e a presença ou não de metástases à distância (M) – Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Na interpretação de cada fator são analisadas as diversas variações que, para o tumor primitivo, vão de T1 a T4, para o comprometimento linfático, de N0 a N3, e, para as metástases a distância, de M0 a M1. A combinação das diversas variantes de T, N e M, finalmente, determina os estádios clínicos que variam entre I e IV na maioria dos casos, isto porque alguns dos tumores só são classificados em três estádios. O estadiamento clínico representa o mais importante meio de que dispõe o oncologista para definir o prognóstico e a terapêutica dos pacientes.

Isso ajuda na melhor ação dos profissionais, importante para traçar o plano de assistência, compreender as bases terapêuticas do tratamento instituído, orientar adequadamente o raciocínio clínico diante dos sinais e sintomas apresentados pela paciente e, finalmente, para poder estabelecer uma relação profissional orientada pelo respeito e por critério prognóstico mais realista (BRASIL, 2014)..

2.2 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor. Considerado problema de saúde pública, o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade do câncer de mama se manifesta pelas diferentes apresentações clínicas e morfológicas, variadas assinaturas genéticas e consequente variação nas respostas terapêuticas (TEIXEIRA, 2003).

Segundo Cunha (2013), o câncer de mama está entre as neoplasias com maior ocorrência no mundo e é uma doença caracterizada por um crescimento de células de maneira desenfreada e desorganizada que se tornam anormais e podem invadir tecidos e órgãos circunvizinhos ou espalhar-se para regiões mais distantes.

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. No Brasil, em 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama. Existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, onde destacam-se fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer, consumo de álcool, tabagismo, excesso de peso, sedentarismo, maus hábitos alimentares e a idade que ainda é considerado o fator de risco mais importante. Além destes, os hormônios femininos também contribuem para a etiologia da doença, o que leva a maior incidência da neoplasia mamária em mulheres de até 50 anos. (CUNHA, 2013)

2.2.1 Fatores de Risco para o Câncer de Mama

Segundo Goldinho e Koch (2004), os fatores de risco determinam os grupos de pessoas expostas à maior probabilidade de desenvolverem o câncer de mama, e que deverão ser examinadas com maior cuidado e frequência.

Os fatores de risco que se destacam são: idade (mulheres idosas); país de nascimento (maior risco nos Estados Unidos e norte da Europa); parentes em primeiro grau diagnosticados com câncer em idade precoce; história pessoal de câncer de mama; mulheres menopausadas em que densidades nodulares ocupam mais de 75% do volume mamário; mulheres com parente em primeiro grau portadora da doença; mulheres submetidas a biópsia mamária prévia com diagnóstico de hiperplasia atípica; mulheres expostas a altas doses de radiação. Além destes, podem ainda serem citados: a) fatores demográficos (1 – classe sócio- econômica elevada; 2 – residentes em zona urbana; 3 – caucasianas com idade igual ou superior a 40 anos, e negras com menos de 40 anos de idade; 4 – religião judaica); b) fatores hormonais (1 – idade da primeira gravidez a termo superior a 30 anos; 2 – menarca antes dos 12 anos de idade; 3 – menopausa após os 55 anos; 4 – obesidade na pós menopausa; 5 – nuliparidade; 6 – terapia de reposição hormonal (TRH); 7 – anticoncepcional oral; c) outros fatores (1 – risco maior em mulheres de estatura elevada; 2 – mulheres com história de câncer primário de endométrio, ovário ou colo; 3 – consumo de álcool). (GOLDINHO E KOCH, 2014)

A idade é o fator de risco isolado mais importante na determinação do risco de uma mulher desenvolver câncer de mama. O risco de uma mulher de 30 anos de idade ter câncer de mama corresponde a aproximadamente 7% daquele de uma mulher de 60 anos. Aos 35 anos este risco sobe para 20%. O aumento da incidência do câncer de mama com a idade provavelmente seja consequente ao efeito cumulativo da exposição a agentes carcinogênicos durante a vida. No Brasil, o acometimento mais marcante se faz em idade média de 52 anos. (CUNHA, 2013)

Qualquer história familiar de câncer de mama, tanto do lado materno quanto paterno, aumenta o risco de uma mulher desenvolver esta neoplasia. O risco é mais relevante quando o parentesco é de primeiro grau. A probabilidade

do desenvolvimento da doença aumenta em nove vezes, quando se trata de mulheres pós-menopausadas (CUNHA, 2013)

Existem dois padrões de herança do câncer de mama: hereditário: sugere um defeito genético específico; familiar: é dependente da interação entre o indivíduo e fatores ambientais. A maior parte (80% a 85%) dos cânceres de mama surge de forma esporádica, em mulher sem história familiar. Cerca 15% a 20% têm história positiva, porém apenas 5% a 10% têm origem genética. Estes números sugerem que grande parte dos cânceres de mama ocorre por mutação adquirida (CUNHA, 2013)

Segundo Salas (2013), além desses fatores existem os que não se podem ser controlados diretamente pelos indivíduos, onde destacam-se as exposições ambientais. Estes incluem a poluição do ar, contaminantes da água potável, tabagismo passivo, a exposição à radiação solar, contaminantes de alimentos e resíduos pesticidas, dioxinas e estrógenos ambientais, produtos químicos de emissões industriais. Essa exposição pode explicar a maior parte dos tipos de câncer que ocorrem na população, sendo principalmente aquela de uma posição social inferior que tem mais exposições prejudiciais à saúde.

2.3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

A prevenção do câncer de mama é bastante complexa porque muitos dos fatores associados a ele são endógenos, logo, difíceis de serem controlados. Classicamente, a prevenção é dividida em primária e secundária (MACHADO, 2009).

2.3.1 Prevenção Primária

A prevenção primária está relacionada a ações que visem eliminar fatores de risco ou diagnosticar e tratar lesões precursoras do câncer, por meio da educação em saúde da população e formação profissional, bem como da divulgação de informações relacionadas ao câncer (MACHADO, 2009).

A tal prevenção busca eliminar ou modificar os fatores de risco para a neoplasia. Deve permitir a identificação e isolamento dos fatores que impedem ou reduzem a exposição dos indivíduos e populações, para evitar que a doença

se desenvolva, ou se isso acontecer, que este seja menos grave. Existem três fatores de risco: os vícios (etilismo e tabagismo), alimentação inadequada e falta de atividade física, contribuindo para o desenvolvimento das mais comuns doenças crônicas (doenças cardiovasculares, diabetes do tipo dois e do câncer), que são a causa de 50% de mortes no mundo. Estes três fatores ao longo das exposições podem favorecer o surgimento de carcinoma em maior número (SALAS, 2013).

Neste sentido, a alimentação parece se destacar na prevenção do câncer. Segundo Garófolo (2004), cerca de 35% dos diversos tipos de câncer ocorrem em razão de dietas inadequadas. A urbanização caracteriza um aumento do consumo de alimentos industrializados, modificando os padrões alimentares, além da redução da atividade física e mudanças no comportamento reprodutivo (nuliparidade e idade avançada na primeira gestação) e da precariedade dos serviços de saúde. O que são fatores relevantes para o aumento da taxa de mortalidade por câncer de mama.

Segundo Salas, 2013 nas mulheres obesas ocorre um aumento dos níveis circulantes de hormônios sexuais endógenos, fatores de crescimento semelhantes à insulina, o que por sua vez, aumenta o risco de desenvolvimento de câncer de mama. Em relação à associação entre obesidade e câncer em mulheres obesas pós-menopausa com IMC de 27kg/m² com estatura superior a 150 cm e 25kg/m² ou mais para baixa estatura (150 cm) é um fator de risco 2 vezes maior do que em pré menopáusicas. A ligação do câncer com o sobrepeso e obesidade são categorias que trazem evidências de que mais da metade das pacientes tiveram peso corporal elevado, este fato indica que a obesidade poderia ter sido computada como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer de mama neste grupo de mulheres.

Eldridge (2005) traz recomendações importantes como: consumir alimentos saudáveis, com destaque sobre as fontes vegetais (frutas, legumes, verduras, escolher grãos integrais e limitar o consumo de carnes vermelhas); adotar um estilo de vida fisicamente ativo; atingir e manter um peso corporal adequado; e limitar o consumo de bebidas alcoólicas, o que possibilita enfatizar a importância de hábitos saudáveis na prevenção do câncer.

2.3.2 Prevenção Secundária

A prevenção secundária refere-se à promoção do diagnóstico precoce do câncer. De acordo com especialistas, a associação entre a prevenção primária e a secundária pode reduzir em até 15% a mortalidade por câncer. (MACHADO, 2009).

Na prevenção secundária, enquadra-se o rastreamento, tendo como objetivo identificar e tratar os cânceres iniciais. Em última instância, o objetivo do rastreamento do câncer de mama é reduzir a mortalidade por esta neoplasia através da identificação e tratamento dos cânceres em estágios mais precoces do que seria feito sem o rastreamento (GOLDINHO, KOCH, 2004).

A recomendação da utilização do rastreamento para identificação de uma determinada enfermidade não deve ser realizada indiscriminadamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece alguns critérios a serem observados para que uma enfermidade seja foco de rastreamento em massa: 1 – a doença deve representar um sério problema de saúde pública, tanto pela sua frequência como pela mortalidade; 2 – deve haver tratamentos disponíveis aos pacientes nos quais a doença foi detectada; 3 – os exames utilizados devem ser aceitos pela população; 4 – deve estar estabelecida a eficácia da detecção na morbidade e na mortalidade. O câncer de mama atende a todas as condições. Assim, tem sido recomendado que seu rastreamento se apoie em um tripé constituído pelo auto exame mamário (AEM), exame clínico das mamas (ECM) e pela mamografia (GOLDINHO, KOCH, 2004).

Segundo Goldinho e Koch (2004), a mamografia é considerada a técnica mais confiável, para a detecção do câncer de mama, constituindo o método ideal para a identificação de lesões subclínicas. No entanto, é necessária a distinção entre os termos “detecção” e “diagnóstico”. Detecção é a capacidade de identificar anormalidades, ao passo que diagnóstico é a capacidade para classificar uma anormalidade como benigna ou maligna. Portanto, a identificação deve preceder o diagnóstico. A mamografia é eficaz para a identificação, porém, nem sempre se presta para o diagnóstico, exceto quando a lesão tem características típicas de um processo benigno ou maligno. A mamografia tem duas aplicações principais: a mamografia de rotina, como teste de rastreamento em mulheres sem sinais ou sintomas de câncer de

mama, e a mamografia diagnóstica, como método de investigação em mulheres com presunção clínica de câncer de mama. Com a mamografia, há uma redução significativa da mortalidade entre as mulheres rastreadas, iniciando-se aos 40 anos. Além desse benefício com a detecção das lesões subclínicas, permite a realização de intervenções cirúrgicas mais limitadas, com melhores resultados cosméticos, sociais, laboratoriais e sobretudo, humanos.

Segundo o INCA (2014), a estratégia recomendada é a detecção precoce e o diagnóstico eficaz do Câncer de Mama em mulheres com risco padrão, no Brasil. Este é feito através da mamografia bienal em mulheres entre 50 e 69 anos e o exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos. Já para os grupos considerados de risco elevado ao desenvolvimento da doença, recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia a cada ano a partir dos 35 anos. O INCA e o Ministério da Saúde ampliaram uma estratégia de alerta à população feminina e aos profissionais de saúde, que incentivam a comunicação e conhecimento dos fatores de risco, a idade de maior ocorrência da doença e os principais sinais e sintomas, destacando também que as mesmas procurem um serviço de saúde para esclarecimento do diagnóstico.

2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de câncer pode ser determinado por vários métodos, inclusive exame físico, testes sanguíneos, estudos citológicos e biópsia do tumor, imagens e estadiamento (ELDRIDGE, 2005).

O câncer de mama altera a vida da mulher de maneira permanente, porém depende da fase da doença, que deve ser considerada no planejamento das intervenções dos profissionais de saúde (SILVA; SANTOS, 2008).

Atrasos no diagnóstico e no início do tratamento do câncer de mama aumentam a ansiedade sentida pelas mulheres e podem impedir tratamentos curativos, reduzindo as taxas de sobrevivência. É notável que o atraso de mais de três meses entre o início dos sintomas e o tratamento está associado com menores taxas de sobrevida (ROSA LM, RADÜNZ V, 2013).

A demora do diagnóstico, segundo Angus (2007) está relacionado ao nível de escolaridade, facilidade do acesso e principalmente, renda. O nível de conhecimento também é um fator relevante na identificações de alterações na mama e por fim, na precariedade do Sistema de Saúde.

Desde o momento do diagnóstico, as mulheres portadoras do câncer de mama vivenciam alguns sentimentos negativos como: ansiedade, medo, depressão, angústia e desespero; porém há aquelas que passam por um período de negação da doença. Todos esses aspectos são importantes quando relacionados ao acesso aos serviços de saúde, pois podem interferir diretamente na aceitabilidade delas em realizar o tratamento (ROMEIRO, 2012).

Essa neoplasia, provavelmente, é a mais temida pelas mulheres devido a incidência frequente e aos efeitos psicológicos. O câncer da mama e o tratamento, muitas vezes mutilador, podem conduzir a mulher a alterações na autoimagem, à perda funcional, a alterações psíquicas, emocionais e sociais, podendo, assim, gerar sérias consequências que podem ser temporárias ou permanentes na vida da mulher (CUNHA, 2013).

2.5 TRATAMENTO

Em relação ao câncer de mama na população brasileira, observam-se diagnósticos tardios, em estágios avançados da doença, além da ocorrência crescente em mulheres abaixo dos 35 anos, o que nos remete a tratamentos mais agressivos e aumento de recidivas e metástases. As metástases, múltiplas ou únicas, podem aparecer em diversos graus de estadiamento da doença e mesmo antes do diagnóstico da lesão primária. Assim, muitas vezes é necessária a realização de cirurgias radicais, com retirada total da mama, linfonodectomia axilar e utilização de tratamentos complementares como a quimioterapia e radioterapia, o que expõe as mulheres com câncer de mama a complicações futuras, destacando-se o linfedema do braço homolateral à cirurgia (PARRA, 2010).

Com o objetivo de melhores taxas de sobrevivência, melhores prognósticos e menores taxas de mortalidade por câncer de mama, o INCA recomenda que o tratamento inicial ocorra em até três meses a partir do

surgimento dos sinais e sintomas da doença, que o tratamento adjuvante com quimioterapia e hormonioterapia inicie em até 60 dias após a cirurgia, e a adjuvância com radioterapia, em até 120 dias após a cirurgia (ROSA LM, RADÜNZ V, 2013).

Além dos aspectos físicos que envolvem o câncer, em especial o câncer de mama, cabe destacar que o diagnóstico desta doença pode ser impactante e desnorteante para o ser humano, abalando sua vida e a das pessoas com as quais ele convive. Essas características evidenciam que o câncer de mama não se restringe ao tratamento hospitalar, sendo de grande importância serviços de acompanhamento que ajudem essas mulheres. Mudanças no modelo de assistência iniciadas na década de 60 estão crescendo e conquistando espaço, diante a necessidade de melhor qualidade da assistência hospitalar e, principalmente, da assistência pós-hospitalar. Os serviços de saúde precisam voltar-se para o paciente, cujo cuidado deve ser individualizado e abranger todos os seus aspectos biopsicossociais. Devem também contar com uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de proporcionar, além dos tratamentos, educação no cuidado, garantia de adesão ao tratamento, reabilitação e permanência do vínculo entre o paciente e o serviço de saúde (PARRA, 2010).

2.6 TIPOS DE TRATAMENTO

Existem três formas de tratamento do câncer: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Elas são usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto a importância de cada uma e a ordem de sua indicação (BRASIL, 2014). Eldridge (2005), fala dos tipos de tratamentos mais utilizados contra o câncer e os sinais e sintomas mais frequentes.

2.6.1 Quimioterapia

A quimioterapia é o uso de agentes químicos ou medicações para tratar tumores localizados, sendo terapia sistêmica que afeta o corpo todo. O alvo de ação dos agentes quimioterápicos não é limitado ao tecido maligno, ela afeta também as células normais. As células do corpo com um giro rápido, como as

da medula óssea, folículos pilosos e a mucosa do trato digestivo são tipicamente as mais afetadas. Os sintomas de impacto nutricional englobam, fadiga, náusea, vômito, perda de apetite, mucosite, alterações no paladar e olfato, xerostomia, disfagia e alterações na função intestinal.

2.6.2 Radioterapia

A radioterapia pode ser aplicada externamente ao corpo a partir de um acelerador linear ou uma unidade de cobalto ou internamente colocando-se uma fonte radioativa (implante) diretamente dentro do corpo ou próximo tumor para liberar uma dose altamente localizada. Esse é um tratamento que afeta apenas o tumor e a área circundante. Os efeitos colaterais são normalmente limitados ao local específico que está sendo irradiado.

2.6.3 Imunoterapia

As modificações de respostas biológicas são produtos naturais produzidos em quantidades por meio de clonagem e engenharia genética. Usados diretamente como agentes citotóxicos ou indiretamente como estimulantes das próprias defesas naturais do paciente, os agentes biológicos podem matar as células tumorais. A imunoterapia também abrange os agentes de cuidado de suporte. Os pacientes podem sentir fadiga, calafrios, febre e sintomas semelhantes a resfriados e apresentam ingestão alimentar diminuídas.

2.6.4 Cirurgia

A ressecção cirúrgica ou remoção de qualquer parte é considerada uma intervenção de tratamento. Seja da retirada do tumor ou de alguma parte do corpo. A cirurgia pode ser usada como o único meio de tratamento de câncer ou ser combinada com a quimio ou radioterapia. O tratamento do câncer em mulheres com tumores mamários pode requerer remoção parcial ou total da mama. O que além de invasivo torna esse tipo de tratamento temido entre as mulheres por influência na parte estética, principalmente.

2.6.5 Outros tipos

Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica. Dai, a importância de uma assistência integral pela integração de serviços oncológicos (de cirurgia, radioterapia e quimioterapia). Onde se destaca a união de um ou mais tratamentos, quando ocorre essa combinação com o objetivo de intensificar o prognóstico da doença, as pacientes experimentam efeitos colaterais mais tóxicos e mais cedo. As metas da intervenção dos profissionais de saúde é levar para o paciente uma melhor qualidade de vida durante o tratamento e posteriormente, se possível, a cura.

2.7 TERAPIA NUTRICIONAL NA prevenção e no TRATAMENTO

Segundo Sala (2013), há um efeito protetor no consumo de verduras e frutas, pois nelas contem grande número de agentes potencialmente anticancerígenos com mecanismos complementares. As carnes vermelhas, especialmente as processadas estão vinculadas a causas de cânceres. Os cereais com alto teor de fibras são associados o menor risco de câncer.

Segundo Ambrosi *et al.*, (2011) uma dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras é conjecturada por melhorar o prognóstico de câncer de mama e diminuir o risco de reincidência. Já Valenzuela (2011) traz os benefícios de consumo do ômega 3 para a prevenção do câncer de mama, onde uma dieta enriquecida com esse nutriente induziu a redução de tumores mamários, aumento de 60% os níveis plasmáticos da proteína supressora de tumores, além de melhorar a eficácia dos fármacos que são utilizados para inibir o crescimento tumoral.

A terapia nutricional entra com o papel de minimizar os efeitos colaterais, prevenir e tratar a desnutrição, garantindo a oferta adequada de nutrientes para minimizar o catabolismo proteico e a perda nitrogenada; manter a atividade do sistema imune; melhorar a qualidade de vida; reduzir o número de complicações provenientes dos tratamentos e prevenir as suas possíveis interrupções. São modalidades convencionais de tratamento de câncer a quimio, radio, imunoterapia e cirurgia usada sozinha ou em combinação dos

mesmos que podem causar desde dor e constipação até náuseas, vômitos, mucosites e falta de apetite, contribuindo para a redução da ingestão alimentar e consequente desnutrição. Ademais, quanto mais agressivo o tratamento, mais progressiva é a desnutrição, resultando em diminuição da qualidade de vida e piora do estado geral. Logo, os efeitos nutricionais do câncer podem ser acentuados pelos regimes de tratamentos escolhidos e pelo impacto psicológico do câncer de mama. Estes tem como resultado, um profundo esgotamento das reservas de nutrientes. E por isso é fundamental a intervenção nutricional precoce, com o objetivo de melhorar o prognóstico da doença maligna (ELDRIDGE, 2005).

A falta de apetite é um sintoma comum em pacientes oncológicos, inicialmente relacionada ao processo natural da doença e, posteriormente, ao crescimento tumoral, a presença de metástases e aos tratamentos. Saciedade precoce, disgeusia e xerostomia também são sintomas frequentes que podem surgir no decorrer do tratamento de câncer. Na terapia nutricional, a via oral de alimentação deve ser sempre priorizada e, caso a aceitação da dieta seja inferior a 60% das necessidades, é preciso aumentar as densidades calórica e proteica por meio de alimentos calóricos e nutritivos ou de suplementos alimentares industrializados. Sabe-se, porém, que a aceitabilidade e a palatabilidade dos suplementos são fatores fundamentais para a adesão ao tratamento, e o incomodo gerado pela oferta do mesmo sabor várias vezes ao dia diminui sua aceitação (PALMIERI *et al.*, 2013).

Palmieri (2013) traz ainda sugestões de preparações apropriadas as condições atuais do paciente utilizando ou não suplementos alimentares como ingrediente e uma atribuição importante do nutricionista. Náuseas e vômitos são outros sintomas possíveis em pacientes oncológicos, podendo ser decorrentes de tratamentos como quimioterapia; radioterapia das regiões abdominal, pélvica e de corpo inteiro; uso de medicamentos; desequilíbrios hidroeletrólíticos; mudanças de paladar e odor e obstrução intestinal. Esses são os sintomas mais frequentes da quimioterapia, cuja a presença depende de características do paciente e do fármaco, de fatores psicológicos, da presença de desordens de motilidade gastrointestinal, entre outros. As náuseas e os vômitos atingem entre 70 e 80% dos pacientes que recebem quimioterapia e influenciam no estado nutricional, principalmente devido a diminuição da

ingestão alimentar. Orientações nutricionais representam um importante tratamento não farmacológico de tais sintomas, com o objetivo de preveni-los e minimiza-los.

Uma das consequências mais dramáticas do câncer é o estado de consumo progressiva, fraqueza generalizada, imunossupressão, taxa metabólica basal alterada, anormalidades no metabolismo de líquidos e energia, anemia e emagrecimento acentuado que caracterizam o estado de caquexia. O termo “caquexia” significa má condição, ou seja, pode-se denominar “um estado debilitado da saúde”. Onde, a caquexia do câncer pode ser caracterizada de maneira clínica pela presença de anorexia, perda de peso involuntária, perda de massa muscular, alterações da sensibilidade do paladar, saciedade precoce, fraqueza e atrofia de órgãos viscerais. A caquexia pode ser classificada de duas formas: A caquexia primária que é o tipo mais comum e resulta de interações metabólicas entre o tumor e o hospedeiro que levam ao consumo progressivo e frequentemente irreversível de proteína visceral, musculatura esquelética e tecido adiposo, e anorexia; A caquexia secundária resulta de ingestão e absorção diminuídas, e recorda o jejum não-complicado. Vale lembrar que os dois tipos encontram-se presentes em um mesmo paciente, simultaneamente. Logo, este processo caquetizante envolve um severo comprometimento do estado geral e resulta em alterações na ingestão e má absorção de nutrientes, e consequentemente alterações metabólicas (SILVA, 2005).

O binômio dieta e nutrição tem relação com causas e consequências do câncer. O estado nutricional é afetado diretamente tanto pelo tumor, quanto pelo tratamento administrado, exigindo manejo especial. Quando há depleção do estado nutricional, associa-se diminuição da função imune, o que favorece o avanço da doença. Para isso a nutrição pode colaborar com a diminuição da taxa de infecções e do tempo de hospitalização no tratamento de pacientes com câncer, além de melhorar a qualidade de vida do mesmo, tendo em vista que a nutrição aborda um cuidado tão suprimido as necessidades energéticas quanto dado suporte no tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Terapia Nutricional em oncologia deve contemplar inúmeras variáveis, relacionadas com o próprio tumor, com o impacto desse no metabolismo do doente e com as características individuais de cada paciente. A busca da

melhora da ingestão e a qualidade de vida dos pacientes com câncer é o principal objetivo do trabalho da equipe multidisciplinar, tendo em vista que o nutricionista visa detectar as pequenas e constantes modificações, encorajando o aumento da ingestão, com a densidade calórica na dieta e uso de suplementos nutricionais (CABRAL, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as percepções de mulheres com histórico de câncer de mama com relação ao papel da alimentação na prevenção e no tratamento da enfermidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer como se deu a implantação do componente alimento no cuidado do câncer;
- Identificar como se deu a atuação do nutricionista;
- Verificar a percepção das mulheres a respeito da eficácia das mudanças alimentares pós tratamento;
- Conhecer a percepção acerca dos cuidados recebidos.

4 METODOLOGIA

Este trabalho teve como referência as atividades realizadas no contexto do Programa de Educação pelo Trabalho Redes – Eixo Câncer do Colo do Útero e de Mama, no qual a pesquisadora se inseriu desde agosto de 2013.

O PET - Eixo Doenças Crônicas - Câncer de Colo de Útero e Mama em Mulheres é um projeto de capacitação para estudantes de diferentes cursos da área da saúde, com o objetivo de proporcionar vivências em cenários de prática na atenção básica, em ações de prevenção e tratamento dessas neoplasias.

Os alunos são supervisionados por preceptores que atuam na rede de serviços, sob a tutoria de um docente da Universidade Federal da Paraíba.

Através do desenvolvimento das atividades do grupo, a pesquisadora tomou conhecimento da existência da ONG Amigas do Peito, idealizada como objetivo de reunir experiências de mulheres que viveram o diagnóstico e tratamento da neoplasia mamária, busca oferecer esclarecimentos, oficinas e reuniões com o intuito de melhorar a qualidade de vida das mesmas. Tendo em vista a experiência vivenciada por esse grupo, optou-se por desenvolver a pesquisa junto às mulheres que nele atuam.

4.1 TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA

Trata-se de estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa, que visa conhecer as percepções das mulheres com Câncer de Mama que vivenciaram a experiência do tratamento da doença no que diz respeito à alimentação.

Quando se trata dos desenhos amostrais, a que melhor representa esse tipo de estudo é acumulativa e sequencial, pois visa ter saturações de informações para responder as perguntas que os objetivos pretendem alcançar. A qualidade da informação foi mais enfatizada, logo o critério do desenho amostral deu ênfase na conveniência-pertinência da amostra (NAVARRETE *et al.*, 2009).

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foram mulheres com câncer de mama participantes da ONG “Amiga do Peito”, localizada em João Pessoa (PB), que residem no município, com faixa etária entre 40 e 60 anos, em tratamento ou tendo recebido tratamento há até quatro anos, e que sofreram processo cirúrgico. O critério de inclusão foi a aceitação da entrevista.

Foram excluídas mulheres que não foram indicadas para um profissional de nutrição e não tiveram acompanhamento nutricional e não atendiam a idade pré estabelecida.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada na residência das entrevistadas e na ONG Amigas do Peito, localizada na Associação dos Médicos, na Avenida Camilo de Holanda, no bairro da Torre em João Pessoa, Paraíba.

Foram realizadas três entrevistas semi-estruturadas com ajuda de um roteiro (Anexo 1) de maneira direta, individual em profundidade, conhecida como uma conversação com perguntas e respostas abertas, que busca retratar histórias de vida através de relatos de experiências (NAVARRETE *et al.*, 2009).

As entrevistas foram gravadas. A análise dos dados foi feita através da transcrição dos dados das entrevistas, seguida de leitura e identificação de categorias de análise emergentes no decorrer da pesquisa.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A participação na pesquisa foi voluntária e, portanto, a participante não foi obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Esclareceu-se que, caso a mesma decidisse não participar do estudo, ou a qualquer momento desistir do mesmo, não teria nenhum dano, nem haveria modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Considerou-se que a participação das mulheres no estudo contribuiria para que as mesmas compartilhem inquietações, percepções sobre sua

experiência e, ao mesmo tempo, tenham acesso a informações sobre o tema em pauta – a alimentação – e possam assumir maior protagonismo na construção e na reivindicação de melhor qualidade no cuidado a sua saúde.

Foi solicitada a permissão para que o questionário fosse gravado, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica, se for o caso. Por ocasião da publicação dos resultados, a identidade da entrevistada foi mantida em sigilo.

Diante do exposto, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 2) como documento que afirma o consentimento da participação da pesquisa e para publicação dos resultados. A pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. Em avaliação até a data da defesa, com número de Protocolo

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistadas três mulheres, com faixa etária entre 40 e 60 anos que passaram pelo tratamento de quimioterapia, radioterapia, cirurgia e/ou a combinação entre estes contra o câncer de mama.

Foram relatadas as alterações na alimentação, os sintomas causados pela doença e tratamento, nível de aceitação com as mudanças alimentares, o responsável pela procura do profissional de nutrição, importância do acompanhamento nutricional e outros fatores relevantes para as mulheres sobre seu tratamento. Essas respostas individuais correspondem aos eventos que as mulheres vivenciaram do diagnóstico até o final do tratamento.

As narrativas obtidas permitiram constatar alterações na alimentação das entrevistadas, após o diagnóstico e durante o tratamento.

Houveram relatos de que a alimentação era inadequada e se vinculou a mudança à intervenção do profissional de nutrição, como é visto em um dos relatos:

“Foi radical! Tudo que eu comia tive que mudar tudo, fui acompanhada por uma nutricionista e tive que mudar a alimentação” Entrevista 1

Segundo Garófolo (2004), cerca de 35% dos diversos tipos de câncer ocorrem devido as dietas inadequadas, o que aponta a alimentação como um fator importante contra o câncer. O aumento dos casos de neoplasia mamária é explicado com o intenso processo de urbanização da população brasileira. Tal urbanização caracteriza-se pelo aumento do consumo de alimentos industrializados e redução da atividade física. E a partir disso, é válido as alterações realizadas na alimentação proposta pelo nutricionista para com a paciente. O INCA (2014) fala que a alimentação, os hábitos saudáveis, como alimentação adequada e balanceada com a prática de atividade física e manutenção do peso corporal ideal, estão associadas a um menor risco de desenvolver esse tipo de câncer e assim assegura que a alimentação é um ponto fundamental durante todo o processo, que passa pela prevenção, diagnóstico e tratamento.

Em Cibeira (2006), o padrão da dieta ocidental tem se modificado com o passar do tempo, tornando-se mais rica em gordura e menos saudável,

contribuindo, para o aumento nas taxas de incidência de câncer de mama. O processo de industrialização dos países favorece a essa mudança, à medida que incentiva o consumo de *fast foods* e alimentos processados, cujo teor de gordura *trans* é bastante elevado. Por outro lado, o consumo de ômega-3 nos países orientais permanece alto e é visto como fator protetor contra o risco da doença. Recuperando os hábitos alimentares adequados como primeira fonte de intervenção.

As mulheres entrevistadas relataram que o início do tratamento foi rápido no máximo em 30 dias, após o diagnóstico da neoplasia, evidenciando, no caso delas, que a recomendação de que o tratamento deve se iniciar pelo menos trinta dias após o diagnóstico (INCA, 2014), está sendo seguida.

Duas entrevistadas que passaram pela combinação de mais de um tratamento sofreram perda de peso e os sintomas mais frequentes foram as náuseas, tontura, falta de apetite e ausência do paladar, os quais justificam a perda de peso intensa nesse momento.

Isso fez com que, de acordo com os relatos, ocorressem alterações alimentares durante os tratamentos, destacando-se, nesse sentido, a eliminação de “comida carregada”, como camarão, carnes de porco, entre outros, além de alimentos que continham conservantes, embutidos e enlatados.

Outro ponto comentado foi a diminuição de gordura, o acréscimo de frutas e verduras na dieta e substituições consideradas mais saudáveis. A entrevistada que relatou ter passado apenas pelo processo cirúrgico também teve alterações na sua alimentação no pós-operatório, indicadas pelo profissional de nutrição.

As referências às mudanças nos hábitos alimentares estão nos trechos:

“Teve que mudar muita coisa. As principais foram que deixei de comer comida carregada, comida embutida e enlatada eu deixei tudo. Coisa com conservante, eu não como, não! Comecei a comer mais frutas e legumes.” Entrevista 2

“... as principais foram a diminuição de gorduras, gostava muito de gordura e até o açúcar mudou, comecei a comer o açúcar mascavo deixei de tomar refrigerante, pois tomava muito e só tomava suco, muito suco verde ela (nutricionista) passou” Entrevista 1

Sintomas decorrentes da própria doença e de seus tratamentos possuem importante relação com a ingestão alimentar e o consequente estado nutricional do paciente. Os pacientes costumam relatar a presença de desconfortos gastrintestinais, além de fadiga, falta de apetite, constipação intestinal, diarreia, náuseas/ vômito, disgeusia, disfagia e xerostomia (PALMIERI *et al.*, 2013).

É explicado em Vitale (2010) que as frutas e hortaliças são ricas em fontes de carotenoides que proporcionam benefícios para a saúde devido à diminuição de risco em várias enfermidades, em particular certos tipos de câncer e enfermidades cardiovasculares e oculares. O que mostra que essas medidas são as mais adequadas a serem seguidas.

Os relatos mencionados corroboram as referências em Ambrosi (2011), que traz vários estudos que comprovam que as mulheres haviam mudado sua alimentação desde o diagnóstico, sendo as alterações mais comuns: diminuição no consumo de alimentos gordurosos e aumento no consumo de frutas e legumes. Mostra ainda que pacientes com câncer de mama foram as mais susceptíveis a fazer mudanças na sua dieta, devido a constantes informações sobre os aspectos envolvidos na prevenção da doença.

As modificações alimentares que mais foram citadas entre as mulheres entrevistadas estavam a diminuição do consumo da carne vermelha e a substituição da mesma por frango e peixe.

“A minha alimentação era pouca carne vermelha, a nutricionista tirou e recomendou comer de frango e peixe.” Entrevista 1

A recomendação seguida pela entrevistada encontra-se validada em Valenzuela (2011), que fala do aumento da ingestão de ômega-3 (presente em maior quantidade nos pescados) na dieta é como uma intervenção atrativa para reduzir a produção de inflamações e prevenir o desenvolvimento do câncer. A intervenção de 3 meses em uma dieta é capaz de intervir tanto no plasma quanto no tecido adiposo, o qual poderia indicar uma diminuição na geração de moléculas pro inflamatórias e cancerígenas em pacientes com câncer.

Após o tratamento, os hábitos de todas as entrevistadas foram alterados. Em duas delas foi relatado que houve integração de atividades físicas em sua rotina e apenas uma relatou modificação apenas em atividade relacionada à ajuda psicológica como relaxamento e artesanato.

Uma das mulheres relatou mudanças nas atividades domésticas, o que mostrou que o processo cirúrgico também a incapacitou para realizar atividades rotineiras.

“... Tem que mudar tudo, os costumes que a gente fazia muda tudo, pegar peso, agora a gente não pode mais. Se for para varrer casa, não consigo durante muito tempo. O braço incha, não posso fazer movimentação.” Entrevista 2

Como é visto em Silva (2008), que discorre sobre os aspectos objetivos do cotidiano que são modificados, há limitações nas habilidades e capacidades para os afazeres domésticos e, com relação aos aspectos subjetivos, revelaram o mal-estar pela falta de autonomia.

Das três mulheres entrevistadas, apenas uma procurou acompanhamento nutricional com indicação de seu médico oncologista, As demais foram indicação de parente ou amigo próximo. Segundo esses relatos, a orientação para procurar o cuidado nutricional não foi priorizada pelos profissionais a cargo do tratamento de duas das mulheres entrevistadas. Deve-se chamar atenção para este fato, tendo em vista que boa parte dos sintomas mencionados estavam relacionados às dificuldades no âmbito da alimentação.

Silva (2005), fala da importância do tratamento realizado por uma equipe de profissionais, devido às necessidades específicas e um planejamento individualizado, buscando atender a todas as necessidades do paciente, com o objetivo da melhora da qualidade de vida.

Em duas das mulheres, a procura do cuidado nutricional deveu-se a perda de peso observada pelas mesmas e a outra mulher deveu-se a recomendação devido ao cuidado pós-cirúrgico.

As duas entrevistadas que passaram pela combinação de mais de um tratamento, relataram que procuraram o profissional com o objetivo de recuperação tanto do peso quanto da qualidade de vida.

Todas as mulheres relataram que o nutricionista foi importante para cuidar da alimentação, suprir as necessidades energéticas e também pelo conhecimento sobre o que é adequado para a doença, como se pode observar nos relatos:

“Foi muito bom porque me deu esse suporte alimentar, a minha magreza não influencia no meu tratamento e me dava um suporte na quimioterapia. Por que assim não tinha nenhum problema de saúde, nenhuma doença, ficava mais forte, minha imunidade ficava boa.” E1

“... não perdi tanto peso porque só fiz cirurgia. Mas, aprendi o que comer.” Entrevista 2

“Como perdi de peso, a nutricionista me ensinou o que comer e me senti mais forte” Entrevista 3

Evidencia-se a valorização da ação do nutricionista pelas entrevistadas, como parte da qualidade do tratamento e como componente importante para a qualidade de vida.

É visto em Kowara (2009), que a caquexia no câncer é uma complicação frequentemente observada em pacientes portadores de tumores malignos. Seu mecanismo varia de acordo com o quadro originário, sendo constante a perda de massa muscular, anorexia, perda rápida de tecido gorduroso e atrofia de órgãos viscerais. Suas alterações metabólicas, hormonais e fisiológicas sugerem uma participação importante no desenvolvimento da síndrome da caquexia no câncer.

Segundo Garofólo (2006), a perda de peso e a desnutrição são os distúrbios nutricionais mais comuns nos pacientes com câncer. Dos fatores associados à desnutrição, destacam-se, principalmente, a ingestão alimentar, que é influenciada pelo tumor e pela presença de várias substâncias tóxicas utilizadas no tratamento oncológico, as alterações no metabolismo energético e dos nutrientes e o aumento nas perdas nutricionais, devido a vômitos, má-absorção, diarreia e outros sintomas causados pela doença e pelos tratamentos.

O estado nutricional, quando é evidenciado pela perda de massa corporal magra, está associado ao aumento de fatores de co- morbididade. Entre eles, redução da imunidade, com aumento de infecções, prejuízo nos processos de cicatrização, fraqueza muscular, pneumonia e morte. Logo, a nutrição tem papel fundamental para a melhora na qualidade de vida e recobrimento das condições adequadas, incluindo peso e aspectos físicos.

Em todas das mulheres, houve apoio familiar, principalmente o parentesco de primeiro grau. E elas atribuíram o sucesso também a esse cuidado, além da fé que foi citada em todas as entrevistas. As mesmas relatam que a maior força está na fé. Onde facilmente é identificado nos diálogos:

“A fé em primeiro lugar, foi essencial para tudo”

Entrevista 2

“A fé foi meu suplemento maior”

Entrevista 1

“Sem dúvidas a fé move montanha e Deus tirou de mim tudo que era do mal” Entrevista 3

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores dietéticos e nutricionais desempenham grande papel e influenciam a qualidade e a sobrevida após o diagnóstico do câncer.

Há a expansão do número de estudos que investigam a influência que o estilo de vida exerce no desenvolvimento, evolução e prognóstico do câncer de mama.

Através do estudo realizado, pode-se constatar a inadequação prévia na alimentação das mulheres que foram diagnosticadas com neoplasia mamária e a alteração de hábitos alimentares depois da intervenção nutricional.

Observou-se que a intervenção do profissional de nutrição foi valorizada pelas entrevistadas, apesar de o mesmo não ter sido recomendado pelos médicos responsáveis pelo tratamento.

A intervenção do nutricionista foi percebida como fundamental para a melhoria nos sintomas causados pelo tratamento, além de ter sido efetiva no sentido de mudanças nos hábitos alimentares que se mantiveram pós tratamento.

Sendo assim, deve-se reforçar a importância da inclusão na abordagem das portadoras de câncer de mama do componente da nutrição, tendo em vista o seu impacto na qualidade de vida durante todo o processo de adoecimento, além de proporcionar o acesso a conhecimentos passíveis de serem colocados em prática no decorrer da vida das pacientes.

REFERÊNCIAS

AMBROSI, Claudia; PIETRO, Patricia Faria Di Pietro; ROCKENBACH, Gabriele VIEIRA, Francilene Gracieli Kunradi; GALVAN, Daisy; CRIPPA, Carlos Gilberto; FAUSTO, Maria Arlene. **Fatores que influenciam o consumo energético de mulheres no tratamento do câncer de mama.** Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Campus Trindade – CEP: 88010-970. Florianópolis (SC), Brasil

ANGUS J, PASZAT L, MCKEEVER P, TREBILCOCK A, SHIVJI F, EDWARDS B. **PATHWAYS TO BREAST CANCER DIAGNOSIS AND TREATMENT: EXPLORING THE SOCIAL RELATIONS OF DIAGNOSTIC DELAY** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 591-8. Artigo original: Pesquisa Recebido em: 16 de abril de 2007 Aprovação final em: 06 de novembro de 2007

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção a Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 17a Edição. Fevereiro de 2014. **MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA – SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS.**

Cabral ELB, Correia MITD. Princípios nutricionais na abordagem do câncer avançado. In: Waitzberg DL. **Dieta, Nutrição e Câncer.** São Paulo: Atheneu; 2004. p. 329-33

CIBEIRA, Gabriela Herrmann; GUARAGNA, Regina Maria. **Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama.** Rev. Nutr., Campinas, 19(1):65-75, jan./fev., 2006

CUNHA K.C. **Acesso a um Serviço de Oncologia: Estudo de Mulheres com Câncer de Mama. Belém. Pará. BRASIL.** 2013. 78f. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano da Universidade da Amazônia, Belém 2013

ELDRIDGE B. Terapia Nutricional para Prevenção, tratamento e Recuperação do Câncer. In: KRAUSE, **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** São Paulo: Ed. Roca LTDA, São Paulo. 2005 11ª Edição

GARÓFOLO¹ Adriana; AVESANI ,Carla Maria; CAMARGO, Kátia Gavranich; BARROS, Maria Elisa; SILVA, Sandra Regina Justino; TADDEL, José Augusto de Aguiar Carrazedo; SAGULEM, Dirce. **Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico.** Rev. Nutr., Campinas, 17(4):491-505, out./dez., 2004 Revista de Nutrição

GOLDINHO E.R.; KOCH H.A. **Rastreamento do Câncer de Mama: Aspectos Relacionados aos Médicos.** Artigo Original. Rio de Janeiro, RJ Radiol Bras 2004; 37(2):91-00

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. : il. col., mapas.

KOWATA, C. H.; BENEDETTI, G. V.; TRAVAGLIA, T.; ARAÚJO, E. J. A. **Fisiopatologia da caquexia no câncer: uma revisão.** Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 13, n. 3, p. 267-272, set/dez. 2009.

MACHADO, Flávia Santos; PINHO, Iani Guimarães de; LEITE, Celina de Vasconcelos. A prevenção do câncer de mama pela atenção primária sob a ótica de mulheres com esta patologia. **Revista Enfermagem Integrada – Ippatinga:** Unileste-MG, v. 2, n. 2, Nov./Dez. 2009.

NAVARRETE, Maria Luisa Vázquez [et al.]. **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde.** Tradução de Maria Rejane Ferrerira da Silva, Maria do Rosário Ferreira da Silva; primeira revisão do texto Ederline Suélly Vanini de Brito; revisão final do texto do Instituto de Medicina – Recife: IMIP, 2009

OLIVEIRA, Elaine Machado; SPIRI, Wilza Carla. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional.** Departamento de Enfermagem. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil Rev Saúde Pública 2006;40(4):727-33

OLIVEIRA, Helena Simões Dutra; BONELI Rochele da Silva; PIZZATO Alessandra Campari. **Imunonutrição e o tratamento do câncer** *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 59-64, jul./dez. 2010

PALMIERI B.N; MOULATLET E.M.; BUSCHINELLI L.K.O.; SILVA M. E. M. P. Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. **Alimentação e sintomas em pacientes com câncer.** Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21 (1): 2-9

PUPOL Nitza Julia Sanz; SARABIAII Pedro Antonio Fernández; FIUIII Eligio Eduardo Bareto. **Estado nutricional en pacientes adultas mayores con cáncer de mama. Hospital General Universitario "V. I. Lenin", 2004-2008** *Revista Cubana de Medicina.*2010; 49(4)330-336

ROSA LM; RADÜNZ V. **DO SINTOMA AO TRATAMENTO ADJUVANTE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 713-21.

ROMEIRO, Fernanda Bittencourt; BOTH, Luciane Maria; MACHADO, Ana Cândida de Aguiar; LAWRENZ, Priscila; CASTRO, Elisa Kern de. O Apoio Social das Mulheres com Câncer de Mama: Revisão de Artigos Científicos Brasileiros. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 4, n. 1, jan. - jun. 2012, pp. 27-38.

SALAS, D.. PEIRÓ R. **Evidencias sobre la prevención del cáncer.** Dirección General de salud Pública. Conselleria de Sanitat.Valencia. Área de cáncer y salud pública CSISP-FISABIO) Rev Esp Sanid Penit 2013; 15: 66-75 33 D.

SILVA M. P. N. Revisão de Literatura: **Síndrome da Anorexia-Caquexia em portadores de câncer.** Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(1): 59-77
Artigo submetido em 18/1/05; aceito para publicação em 9/8/05

SILVA G.; SANTOS M. A. **Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jul-Set; 17(3): 561-8.

VITALE, Arturo Alberto; BERNATENE, Eduardo Alberto; POMILIO, Alicia Beatriz. **Carotenoides en quimioprevencion: Licopeno Carotenoids in chemoprevention: Lycopene.** Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires, Junin 956, Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Argentina, 2010

ANEXO 1
ROTEIRO

1 Identificação

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____

2 Diagnóstico: _____

Data do diagnóstico: _____

Depois do diagnóstico, quais modificações alimentares foram realizadas?

3 Tratamento: _____

Data do início dos tratamentos: _____

Durante o tratamento, houve alguma modificação alimentar? Quais?

Quais os sinais e sintomas que você sentiu com mais frequência durante o tratamento?

() Náuseas () Vômito () Tontura () Falta de Apetite () Diarréia

() Constipação () Febre () Outros _____

Quais as modificações alimentares foram tomadas para melhorar esses sinais e sintomas?

Após o tratamento houve alguma mudança nos hábitos da vida (alimentares, atividades, etc)?

4 Nutrição

Qual profissional indicou a procura de um nutricionista? _____

Em que momento foi indicado um acompanhamento nutricional? (O que precisou acontecer para que o nutricionista fosse procurado?)

Qual importância do nutricionista para o tratamento do câncer?

Todas as orientações foram seguidas? Quais ganhou mais destaque? Quais não houve alterações?

Além dos profissionais de saúde, quais outras pessoas ajudaram ou contribuíram no cuidado contra o câncer?

Houve perda de peso? Na sua opinião, o que levou à perda de peso?

Qual o ponto mais negativo da doença durante sua vivência?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Esta pesquisa é sobre Percepções e está sendo desenvolvida por Ana Gabriela Mascarenhas da Silva. Teixeira, aluna do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Doutora Maria Beatriz Pragana Dantas. O objetivo do estudo é conhecer as percepções das mulheres com câncer de mama que vivenciaram a experiência do tratamento da doença no que diz respeito à alimentação.

A população de estudo foram mulheres com câncer de mama participantes da ONG “Amiga do Peito”, localizada em João Pessoa (PB), que residem no município, com faixa etária entre 30 e 40 anos, em tratamento ou tendo recebido tratamento há até um ano, e que sofreram mastectomia radical. Foram excluídas mulheres que não foram indicadas para um profissional de nutrição e não tiveram acompanhamento nutricional.

A coleta de dado será realizada na residência das entrevistadas e na ONG Amigas do Peito. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com ajuda de um roteiro de maneira direta, individual em profundidade, conhecida como uma conversação com perguntas e respostas abertas que busca retratar histórias de vida através de relatos de experiências. As entrevistas serão gravadas utilizando um gravador e será feito relato em diário de campo no dia da entrevista. A análise dos dados será feita através da transcrição dos dados das entrevistas, seguida de leitura e identificação de categorias de análise.

Considera-se que a participação das mulheres no estudo contribuirá para que as mesmas compartilhem inquietações, percepções sobre sua experiência e, ao mesmo tempo, tenham acesso a informações sobre o tema em pauta – a alimentação – e possam assumir maior protagonismo na construção e na reivindicação de melhor qualidade no cuidado a sua saúde, assim levando melhorias na sua qualidade de vida.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (quando for o caso).

Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

Endereço da Pesquisadora Ana Gabriela Mascarenhas da Silva Teixeira
Rua Antônio Gama, 126- Bairro: Tambauzinho Complemento: Edifício
Mediterrâneo Apartº 503. Graduanda de Nutrição da Universidade Federal da
Paraíba.

Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde –
Campus I. Cidade Universitária Bancários 58059-900 - João Pessoa, PB –
Brasil. Telefone para contato: 8824- 2385

Qualquer dúvida, entre em contato com o CEP/HULW: 3216.7302